

# 重病下の認知症高齢者のせん妄に関する病院看護師の意識

中村陽子

看護学科 臨床看護学講座

## Hospital Nurses' Consciousness of Care Related to Delirium on which Develops Demented Geriatric Patients with Critical Illness

NAKAMURA, Yoko

*Department of Clinical Nursing, School of Nursing, University of Fukui*

### Abstract:

**Study objectives:** To determine the relationship between consciousness of hospital nurses toward demented elderly patients with critical illness and care toward delirium, and to examine caring for the protecting delirium.

**Design:** Grounded theory approach.

**Setting:** An acute ward in the geriatrics hospital and acute wards including ICU in the general hospital in A city.

**Participants:** The study population consisted of 11 nurses working for acute wards in the hospitals.

**Results:** Consciousness of hospital nurses related to delirium of demented geriatric patients with critical illness was discovered in 3 categories and 10 subcategories, and 3 categories were mutually related. In this study, communication formed acceptance process of hospital nurses were found. The demented elderly patients have increased risks for the development of delirium and outcomes related to communication and circumstance which is prevalent to ICU. While outcomes suggest that communication and circumstance are not merely risk factors for adjusting for severity of illness, hospital nurses should notice patients' needs when providing critical care. Additionally, acceptant process of hospital nurses showed emotional response.

**Conclusions:** In this study, hospital nurses made therapy prior to any others. Delirium of demented old patients are associated with complications and increased less likelihood of family support after recovery. Caring of critically ill elderly demented patients involved understanding of changing sign or cues. Hospital nurses should focus on how to best care for protecting delirium, not see the illness, but watch on the human who has illness.

**Key Words:** consciousness, hospital nurse, delirium, demented elderly patient, critical illness

(Received 1 September, 2014 ; accepted 4 November, 2014)

## I. はじめに

2013 年、65 歳以上の高齢者人口は 3,079 万人であった。そのうち、認知症と診断された高齢者が 15%に当たる 462 万に達した。加えて、MCI (mild cognitive impairment: 軽度認知障害) の高齢者は約 400 万人で、4 人に 1 人が潜在的認知症リスクを抱えている。また、認知症有病率は 74 歳まで 10%以下であるが、85 歳を過ぎると 40%を超え、加齢に伴い高くなる (www.nikkei.com/article)。これらの統計は当初厚生省の推計よりもはるかに上回っていた。

認知症高齢者もまた複数の慢性疾患を抱え、その重篤化や進行、あるいは転倒等の不慮の事故等により入院・加療を余儀なくされることがある。近年、医療の高度化に伴いこのような高齢者であっても積極的に外科的治療や ICU 管理も一般的に行われている (Ban, 1984)。しかし、ICU の環境下では高齢者の約 1/3 にせん妄を発症するという報告がある (Balas, 2009)。日本でも、高齢患者のせん妄発症率は 10~30%程度と報告されている (綿貫ら, 2002; 今村ら, 2009)。特に、心臓手術は平均 38.5%, 整形手術は 47.3%, 肺移植手術は平均 73%と全身麻酔下で長時間の大手術になるほど術後せん妄との関連性が強い (今村ら, 2009)。せん妄の誘発要因には、加齢、視覚障害や難聴、薬剤 (降圧剤、麻酔、H2 ブロッカー)、排尿留置カテーテル、CVP、低血糖の他、ストレスフルな環境要因がある (綿貫ら, 2002)。また、せん妄は術後回復過程の遅延 (Tateら, 2013)、術後合併症の増加 (Balas et al, 2009) および致死率の上昇 (Ely, E et al, 2001; Lin et al, 2012)、等との関連が報告されている。ましてや認知症高齢患者では、せん妄との関連性はより強くなる (Cole et al, 2009)。

せん妄とは、一時的な意識障害をおこし、記憶障害、認知障害を生じる状態であり (川島, 2010)、3 種類のせん妄に分類される。興奮状態で行動を伴う活性せん妄と静かで無反応を示す非活性せん妄とそのミックスタイプがある (Tate, 2013)。

重篤な疾病を抱える高齢者ケアの中で、人工呼吸器下におけるせん妄誘発要因は痛み、眠気、そして寒さとの関連性を指摘し、看護師-患者間のコミュニケーションも内包していた (Marik, 2006; Pisani, 2009; Bjoro, 2008; Tate, 2013)。挿管中、看護師は、患者とアイコ

ンタクトを多用していた (Ely et al, 2001)。また、術後では、麻酔、加齢、薬物、体動制限によりせん妄をひきおこしやすいという報告があった (沖田ら, 2007; 今村ら, 2009; 綿貫ら, 2002; Balas et al, 2009)。上述の先行研究からも、せん妄は一般の高齢者のみならず認知症との強い関連性が明らかにされた。しかし、看護師の高齢者との関わりにおいて、認知症の有無によりせん妄誘発に大きな相違がある。術後の不安や混乱を緩和するうえで、看護師とのコミュニケーションは大事である。しかし、認知症高齢者は、看護師との言語の理解や看護師への苦痛の伝え方もできず不安や混乱を助長し、せん妄を容易に発症すると考えられる。しかし、重病下における認知症高齢患者へのせん妄に関する看護師の意識に関する研究はほとんどない。そこで、看護師が重病下においてせん妄をひき起こす認知症高齢患者とどのように関わり、その患者をどのように受け入れているか調査し、認知症高齢患者ケアの難しさを看護師がどのように意識しているか明らかにした。この研究は、認知症高齢患者ばかりでなく高齢患者のせん妄ケアの改善に繋がり、また看護師のせん妄ケアの対応の一助となると考える。

## II. 用語の定義

### 1) せん妄 (delirium)

一過性の意識障害の一種で、軽度の意識混濁を呈する。注意力、認知機能、記憶力、判断力等が障害された状態であり、しばしば興奮状態や幻覚・妄想を伴う。せん妄は突然もしくは数日で発症し、概ね一週間程度で改善する。(Symptom communication during critical illness, J. Tate, et al より, JGN, 2013)

### 2) 重病

慢性疾患の悪化、がんの進行、または肺炎等に伴う死のリスクを負う重い病の状態を指し、モニターリング下で急性期的治療を必要とする。場合によっては ICU 管理も含む。加えて、全身麻酔下での術後管理や大腿骨骨折による牽引とその後の術後管理下で体動制限を余儀なくされる状態も内包する。

### 3) 意識 (consciousness)

主体が鮮明に現前化された存在内容 (記憶、表象、思考) を認め、かつこうした内容を体験している自分に気づけることを指す。意識はいつも現在の瞬間と結

びついていて、その内容は記憶を通じてのみ再生される。(看護大事典, 2010)

### Ⅲ. 研究方法

#### 1) 研究デザイン

質的・帰納的方法の1つである Grounded theory approach を用いる。

#### 2) 研究対象

急性期内科, 外科病棟, そして ICU に勤務している看護師 15 名程度, 看護師歴 5 年以上を有し, 高齢者を専門的・包括的にケアできる看護師とした。

#### 3) 研究施設

A 市内にある総合病院と老人病院において, 急性期治療を実施し重病認知症高齢者に対してモニターリングシステムや人工呼吸器を完備, あるいは ICU 管理ができる 2 施設で実施した。総合病院では内科病棟(血液科, 循環器内科)と整形外科および ICU, 老人病院では急性期内科病棟の 5 病棟を使用した。

#### 4) データ収集期間

福井大学医学部倫理審査委員会の研究承諾と研究施設からの研究許可を得た後から約 2 カ月程度とした。

#### 5) 調査手順と方法

福井大学医学部倫理審査委員会と各研究施設の承諾を得た後, 各研究施設の教育関係者や管理者に研究の主旨の説明を行い, 研究の主旨に該当する対象者の選択と勤務スケジュールと照合してインタビューに対応できるように施設側に依頼した。対象者には研究についてのインフォームドコンセントを文書と口頭にて実施し, 同意を文書にサインで得た。インタビューは, 半構成的質問紙を用いて聞き取り方式で行なった。インタビューは, 各施設の被験者の勤務状況に合わせながら実施した。また, 面接時間は一人 1 時間を目安に実施した。質問内容は ①重症疾病における急性期治療下においてせん妄を引き起こした認知症高齢者の関わりにおいてどのような点に留意しているか。②そのような状況下でのケアにおける困難な点は何か。③重篤な状態における認知症高齢者とのコミュニケーションにおいて大切にしていることは何かを中心聴取した。本調査の実施前に 1 名の対象者をプレテストし, インタビュー場所, インタビューの時間配分, 質問内容について調整を行なった。質問内容においては抽象的質

問(せん妄についてのイメージやせん妄についての考え方等)を避け, なるべくケアに即した内容に修正した以外は問題なく本調査に入った。

#### 6) 分析方法

データ分析は, Grounded theory approach (南, 1999) の手順で行った。一人ずつ面接を実施し, 認知症高齢者のせん妄への対応について個々の意味を解釈した。解釈のプロセスは 5 W 1 H で問題を見つめ同時に対象同士の比較を行いながら問題を明確にし, 次のステップで仮説検証を行った。このプロセスを飽和状態になるまで続け, 同じ意味同士のものをグルーピングし, さらに理論構築しながら抽象化させた。

#### 7) 倫理的配慮

福井大学医学部倫理審査委員会と各施設内の倫理審査を受け許可を得た(838 号)。その後, 研究条件を満たす対象者と病棟, および対象者の勤務に支障がないように勤務スケジュールに沿った面接日を各施設に依頼し, 指定された日時にインタビューを実施した。また, IC レコーダーの許可も得たが拒否しても不利益にならないが, 眼前での記録記載の許可を得た。また IC レコーダーの音源は研究終了後消去すること, 質問に関しても拒否は可能であり, すべて匿名扱いであること, 守秘義務を負うこと, データ保管は鍵のかかる場所であること, データは本研究のみに使用し, 研究終了時にはシュレッダー処理すること等を説明した。面接は他者に聞かれない場所で, 落ち着ける場所を施設側に依頼し, 面接室にて実施した。

## IV. 結果

表 1 対象者の特徴

n=11

性別	女性	11 名
年齢	平均 S D	32.8 歳 ±7.03
経験年数	平均 S D	11.4 年 ±6.50
職位	主任 副主任 スタッフ	1 名 1 名 9 名
看護師以外の資格	保健師 DM療養指導師	2 名 1 名
結婚歴	未婚 既婚	4 名 7 名
家族構成	2 世帯家族 3 世帯家族 独居	3 名 5 名 3 名

## 1) 対象者の特徴

対象者は A 市内の総合病院と老人病院にて急性期病棟 (ICU を含む) に勤務している看護師 (全員女性) で 11 名であった。平均年齢は 32.8 歳 (±7.03), 看護師としての平均職務歴 (以下, キャリア) は 11.4 年 (±6.50) であった。そのうち 2 名の看護師は, 主任と副主任としての管理職であったが, 残りの 9 名はスタッフ看護師であった。看護師以外の資格取得としては, 保健師 2 名と糖尿病療養指導者 1 名であった。結婚歴は 7 名が既婚者で 4 名は未婚者であった。家族構成は二世帯世帯 3 名, 3 世代世帯 5 名, そして単独世帯が 3 名であった。全員基本的に健康であったが, 鼠径ヘルニア, 肺炎, 良性乳腺腫瘍, 卵巣出血, 肘脱臼の既往歴があった。

## 2) 重病下の認知症高齢患者のせん妄に関する病院看護師の意識

病状の重篤化に伴い急性期治療においてモニターリング下での複数の持続輸液, または高カロリー輸液, 酸素吸入, 尿道留置カテーテル装着, 器械装置のアラーム音, および牽引や術後による体動制限または拘束, 心肺機能低下に伴う気道確保による人工呼吸器の装着と身体面のみならず環境の変化に伴う精神的ストレスが大きくなるのしかかる環境に認知症高齢患者は置かれる

ことになった。そのような環境下において, 一般の高齢患者のみならず認知症高齢患者の戸惑いや不安は予測をはるかに超えたものであり, その中で認知症高齢患者一看護師の個別的な関わりにおいて一般の高齢患者とは相違した配慮すべきケアの提供においてどのような意識をもって実施しているかに焦点化した。このような病院看護師のケアに関する意識において, 病院看護師と認知症高齢患者との人間関係や周囲との相互関係, およびケア行為に関する意味の理解において質的・帰納的方法で分析した。その結果, 3つのカテゴリーと 10 のサブカテゴリーを発見した。

病院看護師のせん妄をひきおこす認知症高齢患者との関わりを通して, 認知症高齢患者一看護師間の相互のコミュニケーションにおいて《一方通行のコミュニケーション》, 《患者の安全ニーズの充足》, そして《回復遅延をおこさせないためのせん妄予防》の看護師の 3つの意識を発見した。《一方通行のコミュニケーション》には認知症高齢患者一看護師の相互間のコミュニケーションを形成するプロセスがあり, そこには 4 phases で構成されていた。まず, 看護師の患者へのあいさつやアイコンタクトの【コミュニケーションをおこす前段階】から始まり, 認知症高齢患者のニーズの探求は観察に基づいての cues (手がかり) やサインを見つけるための【相互関係を通しての手探し】, これら 2つの方法を通して, 【患者のニーズに向けての実践】, そして【評価】のプロセスであった。加えて, 3つのカテゴリーから看護師の認知症高齢患者の受容プロセスを発見した。このプロセスはせん妄の現場に立ち会い, 感情的発動を伴う ((戸惑い)) からコミュニケーションにおいて認知症高齢患者と看護師間の相互理解が得られないことやそれによるせん妄ケアの失敗の繰り返しによる ((空しさ)), そこから再度プロ意識に立ち戻り回復を優先させようとする ((職務感)), そして最後に仕事への ((やりがい)) へと発展していた。これらの受容プロセスは看護師としてのプロ意識と職業への生きがいに繋がっていた (図 1)。表記に関して, ≪≫はカテゴリー, <>はサブカテゴリー, [ ] はカテゴリーの要素, 【 】はコミュニケーション形成プロセスの位相, < > は位相の要素, (( )) は病院看護師の認知症せん妄患者の受容プロセスとした。

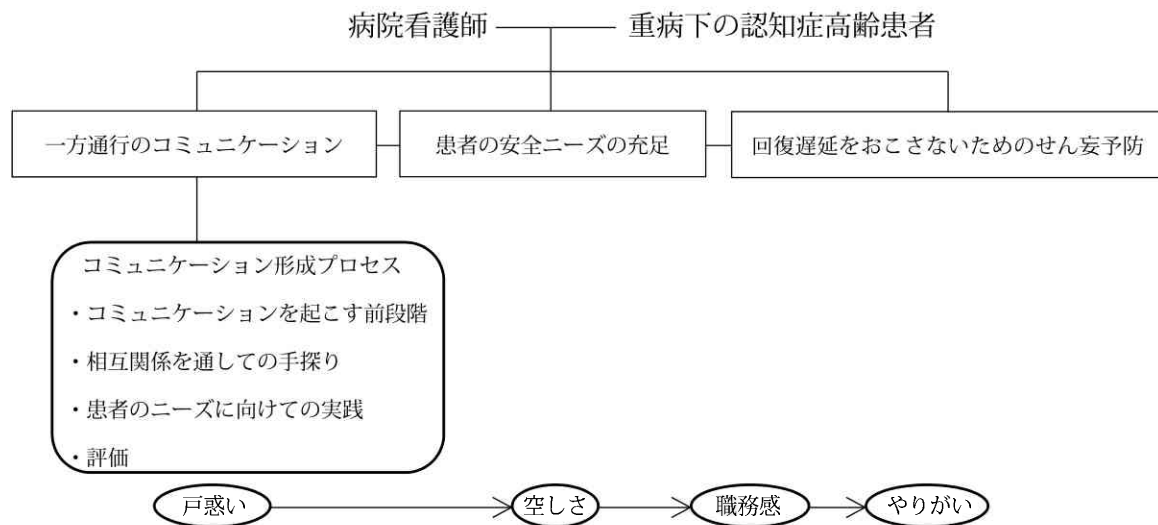


図1 病院看護師の重病下における認知症高齢者のせん妄ケアに関する意識の関連図

#### 《一方通行のコミュニケーション》

認知症高齢患者とのコミュニケーションにおいて、看護師は重病下の認知症高齢患者にケアの説明を行い、必要時ケアへの参加を要求した。しかし、認知症高齢患者は看護師の説明が理解できないことで、的外れな反応となり、看護師も認知症高齢患者の話す内容や表現が理解できないという矛盾を常に抱えながらケアを行わなければいけなかった。加えて、人工呼吸器装着や重病下という会話困難な状況において看護師からの一方的な働きかけになりやすいこともあった。よって、看護師にとって常にこれでいいのかという不確かな意識の中で認知症高齢患者と関わらなければいけなかった。結果として看護師と患者間で相互に意思疎通において不十分な状態となり、信頼関係の構築にも影響を与えた。このような状況下でのコミュニケーションは、多くを望まず認知症高齢患者の最小限のニーズを見つけ、理解しようと懸命に関わった。

《一方通行のコミュニケーション》には＜看護師のコミュニケーション形成のプロセス＞＜情緒的反応＞の2つのサブカテゴリーで構成されていた。

#### ＜看護師のコミュニケーション形成プロセス＞

急性期治療を受けている状況下において、認知症高齢患者と看護師間のコミュニケーションを通して看護師は数少ない認知症高齢患者の発するメッセージを受け取り、そのメッセージを理解しようとする行為があった。患者の発するメッセージには患者のニーズが含

まれているためコミュニケーションは不可欠なものであった。しかし急性期治療下の認知症高齢者の発するメッセージの理解困難やコミュニケーションによる相互間の共感という知覚体験は少なく、そのため看護師の認知症高齢患者のニーズの把握は一般の高齢患者と相違し容易なものではなかった。加えて、重病下の認知症患者には急性期治療下ではない認知症患者より表現や反応の低下によりコミュニケーション困難があった。そこには病院看護師が認知症高齢患者とのコミュニケーションを形成するプロセスがあった。このようなコミュニケーションプロセスは4phaseの位相から構成され、各phaseの構成要素については以下の通りであった。

#### Phase1【コミュニケーションをおこす前段階】

認知症高齢患者とのコミュニケーションを始める前に「おはようございます」や「昨夜は眠れましたか？」等のあいさつと同時に患者へのタッチングやアイコンタクトを取り、患者の顔の表情をみて気分や精神面を判断した。この時すでにコミュニケーションは始まっているが、まずはコミュニケーションのプロローグであった。よって、ここでの要素は＜気分の確認＞とした。

総合病院の血液内科病棟に勤務しているA氏は看護師として8年のキャリアを有していた。老人病院の急性期病棟で勤務しているB氏は21年のキャリアがあった。コミュニケーションをこれから行おうとする前ステップとして患者とのアイコンタクトやタッチングの重要性を指摘し、それについて以下のように述べた。

- ・患者さんとのコミュニケーションでその前といいいますか、一番最初にいいいますか、先ずアイコンタクトをとりますね。その人の目を見てあいさつすることで患者さんの気分が分かりますね。それと認知症の方って嫌いな看護師とは目を合わせてくれませんので、目を見てくれることはそれなりに嫌われていなあってことが分かりますのでその日のケアができることでもあって大切なことなんですよ（A氏）
- ・挿管している患者さんには先ずは患者さんの目をみてゆっくり話しかけますね。その表情の反応をみてそれからのことを判断します（B氏）

急性期治療下における看護師は認知症高齢患者とのコミュニケーションにおいて、先ずはアイコンタクトを取り、認知症高齢患者の目の表情（穏やかとかイライラ感等）をみて患者の気分をアセスメントし、どのようなコミュニケーションをとればよいか判断していることが明らかになった。

#### Phase2【相互関係を通しての手探り】

認知症高齢患者の気分の確認後にコミュニケーションを開始した。コミュニケーションの目的の一つは患者のニーズの探求であった。ここでは患者の示す繰り返しのサインや cues（手がかり）が患者のどのようなニーズを意味しているかを検討した。また患者の特徴的な表現や患者の訴えも何を意味するかを検討し、患者のニーズの理解に加えた。よって、ここでの要素は〈繰り返し〉とした。

認知症高齢患者のニーズの理解について、C氏（15年のキャリア、総合病院の血液内科に勤務）とD氏（15年のキャリア、総合病院のICUに勤務）は、以下のように述べた。

- ・毎日患者さんと関わることでその人の癖とかしぐさがわかるようになると、それを一つの起点にしてそうじゃないかなあという推測ができて、それをケアに繋げることができますね（C氏）
- ・状態の悪い中、コミュニケーションもほとんどとれないで、それでもいつものサインを送ってくれとちょっと分かったような感じがして、それが患者さんのニーズにつながればこれほどの喜びはないですね（D氏）

患者の繰り返し行うしぐさやサインを通して看護師自身のもつ感受性をヒントに勘を働かしてその意味を

模索した。そこには看護師のひたむきな懸命さがみられた。

#### Phase3【患者のニーズに向けての実践】

繰り返しの患者の示すサインや cues（手がかり）からその意味を模索した後、それをケアの中で実践した。しかし、患者の示すサインやしぐさは予測通りの結果に結びつかないこともあり何回も失敗を繰り返すことになった。『よって、ここでの要素は〈一致点を見つける〉とした。』

日々の認知症高齢患者への看護実践についてE氏（6年のキャリア、保健師の資格を有する）は以下のように述べた。

- ・こうじゃないか、ああじゃないかととにかく色々とやってみることですね。ここから患者さんの反応を見て確かめますね

認知症高齢者は直接ニーズを伝えることができないため、看護師は考えられるあらゆる看護実践を行って患者の反応をみながら患者のニーズとの一致点を探さなければいけなかった。そのために看護師にとって時間とエネルギーの消耗が激しく、根気強く行われなければいけなかった。その中に入して、人生の先輩としての尊敬の念を忘れないヒューマニティ（愛情）が求められることも認知症ケアの特徴であった。

#### Phase4【評価】

患者のニーズに即したケアに関しての看護実践の評価であるが、患者のニーズが看護実践において一致できれば、認知症高齢患者—看護師間でのコミュニケーションの成果を見出し、相互に共感を得ることができるが、多くのケースで共感を得られず、看護師は空しさを体験した。この評価が下述の看護師の〈情緒的反応〉として表出された。ここでの要素は〈看護の理解〉とした。

ケアにおいて、認知症高齢患者のニーズの理解の困難さについて、F氏（11年のキャリア、保健師の資格も有する）は、以下のように述べた。

- ・コミュニケーションでお互いに伝わらないし、患者の言っていることも分からないので、そんな時は他の看護師にも聞いてもらって総合的に判断します

認知症高齢患者の言語的意味や表現において理解することは困難であるが、重病下であると意思伝達機能はもっと低下し、意識レベルの低下している場合もある。よって、一人の看護師では理解困難な時に個人的判断より看護師の総合的判断に基づいてケアを遂行していた。この方法は、過去の失敗体験に基づいたもので、個人の不確かさを排除し、より正確な患者理解に繋げようとする行為であり、患者への負担も減少させるものであると考えられた。

#### <情緒的反応>

上述のコミュニケーションプロセスの phase4【評価】より得られた看護師の感情的反応であり、患者とより一生懸命コミュニケーションを図ろうとする看護師ほどケア後の感情的反応を強く表出した。認知症という疾病故の特徴である中核症状や行動・心理症状（BPSD）よりもたらされる空しさ、もどかしさ、ジレンマ、そして言語的コミュニケーションの限界等を強く感じていたのであった。

A氏やG氏（25年のキャリア）はせん妄を引き起こしている現場に遭遇した時の事を振り返り、以下のように述べた。

- ・興奮状態の中でベッド上で失禁して、体をブルブル振らせていた患者さんを見たとき、本当にびっくりしましたし、一瞬どうしようって思いましたね（A氏）
- ・せん妄をおこすと普段とは違う特別な力が入っていますし、目つきも鋭くてどうしようって思いますね（G氏）

予測なくせん妄に遭遇した瞬間、看護師は「どうしよう」と瞬間戸惑いを感じた。

H氏（7年のキャリア）やD氏のように過去に多くのせん妄のケア体験をもつ看護師は情緒的反応にも相違があった。

- ・夜間で忙しいときにせん妄で転倒したり、点滴を自己抜去されると「もーっ」て思いますけど、何回言ってもわかってこない空しさがありますね（H氏）
- ・（認知症で）しゃべる人でも十分表現できないので私たちにも伝わらないし、患者さんも辛いでしょうね（D氏）

せん妄ケアを多く体験することは、情緒的反応に対

する時間的なプロセスがあった。せん妄症状を表す認知症高齢患者に出くわした最初の頃は単に戸惑いを知覚するのみであったが、何回かのせん妄症状を表す患者のケア体験をすることで、戸惑いは消失し看護業務の煩雑さに加え、そこには危険性（転倒や感染等）を内包していることを同時に知覚していた。よって、看護師は2つの情緒的反応を同時に知覚していた。一つは、何回もの繰り返しの説明や直接的ケアを行っても認知症高齢患者—看護師間で相互に伝わらない（（空しさ））であり、ケアする立場の看護師にとって、「分かってあげられなくて御免なさい」というもう一つの（（空しさ））があった。これは理解しない患者責めつつ、一方で看護師の自己反省であり、看護師の徒労感でもあった。

一方、E氏は現状（せん妄をおこす）を直視しながらも前向きに捉えようとしていた。

- ・何度説明しても分かってこない空しさはやっぱりありますね。この患者は認知症なんだから分かっていてもですね。でも今はこうでもいつまでもこんな状態は続くことはないと思いケアしてますね。現状は現状として明けぬ夜はないと思い前を見るしかないですね

I氏（ICU勤務3年、全体で7年のキャリア）はH氏同様、認知症高齢患者の理解困難に対して、看護師も分かってやれないことへの無念さを述べた。

- ・患者さんも分かってやれない看護師に大きなストレスでしょうね。でも夜勤ですしね、ずーっと患者さんについてあげられませんか、御免なさいって感じですね、本当に（I氏）
- ・看護師が分かってやれないのですから患者さんには気の毒ですよ。ご免なさいっていう感じですよ（H氏）

#### 《患者の安全ニーズの充足》

重篤な症状悪化により急性期治療を要する認知症高齢患者に対して、看護師は治療を最優先に患者と関わっていた。認知症高齢患者の治療中にひきおこすせん妄においては、ベッドからの転倒・転落による二次的骨折、点滴ラインや人工呼吸器の自己抜去による二次感染等の潜在的リスク、せん妄による病氣回復遅延や認知症の進行等を予測しながら予防ケアを遂行した。

《患者の安全ニーズの充足》には＜治療優先＞＜事故防止対策＞の2つのサブカテゴリーで構成されていた。治療体制下における看護師の認知症高齢患者に対して回復優先を基調にプロとして冷静に割り切り関わった。本カテゴリーの要素は「折り合いをつける」であった。

#### ＜治療優先＞

看護師の認知症高齢患者に対してせん妄ケアの大きな目的は早期の回復と退院であった。治療を最優先させるために安全に治療を受けられる環境の提供が最も重要であった。そのことが患者にとっての最優先ニーズとし、患者の早期回復に繋がることを信じてケアを遂行した。

D氏は安全を維持するために以下のように述べた。

- ・ICUに入ってくるなり興奮する人もいますよ。いろんなルートが入ってきますが、術後の一般的ルートは静脈2本、動脈1本、それとドレーン1～2本、尿道カテーテルと消外（消化器外科）ならM-tube もはいってきますし。そのほか酸素マスクやモニタリングですね。そのルートが気になるのか手を動かしたり、体をずらしたり、ベッドから起き上がったり足をベッドから垂らしたり本当に危険極まりない行動をしますから。いくら説明してもそんな時って通じませんでしょう。だから事故防止に抑制帯をせざるを得ないですね。抑制してもそれを取ろうとするのですけど。

認知症高齢患者にとって麻酔が覚めた直後に従来と環境の違うICUに入室させることはせん妄をひきおこす環境であった。よって、ICU看護師はせん妄をおこすことを予測して抑制帯を準備していた。その方法によりせん妄を助長させるかもしれないという危機感をもちながらも「ご免なさい」という情緒的なセンチメンタリズムより安全を確保し治療を優先させるという職業的な（職務感）がみられた。看護師は認知症高齢患者の健康回復をケアの最優先に掲げ、その間患者に身体拘束によるディストレスを最小限で与えないようなケア（ケア中は拘束を解く）や家族の面会を実施したが、身体拘束というケアにおける「無害」「善行」の倫理原則から逸脱した妥協を伴うものであった。

#### ＜事故防止＞

早期回復のため転倒・転落や自己抜去予防のためのケアを実施した。E氏は認知症高齢患者にとって気がかり

になるものを患者の視界から遠ざける方策をとった。

- ・この病棟は循環器病棟ですので、入院して直ぐに微量点滴や栄養の点滴など沢山のルートを確認しますが、患者さんにはそれが見えないように袖の下を通したり点滴の刺入部を包帯で保護したりして対応しています。それとルートやバルーンを引っ張らないように頻回に訪室したりもします。このような対応はすべて事故防止のためです

I氏は患者の側で危険がないように寄り添った。また、身体拘束を行う場合は客観的アセスメントをして拘束の有無を判断した。

- ・挿管している患者さんなら抜管しないようにとか、血圧の低い患者さんでノルアド（ノルアドレナリン）の微量点滴を使っているなら抜去されないように先ずは命に関わることなのでそこに一点集中ですね。興奮がひどく暴れるようだったら、患者さんの側でつきっきりで看ていることもありますよ
- ・せん妄がおきると意識は朦朧として何をするか予測ができませんので、かわいそうだけど上肢を縛るかミトンを着着するかしかないですから。当然、身体拘束アセスメントスコアを取りますよ。これも安全第一ですから

B氏はせん妄の既往歴の有無を情報収集した。

- ・前の病院でせん妄の既往があるかどうかを調べ、患者さんの個別の理解を十分にしておかなければいけないと思います

以上のように個々の患者のせん妄の特徴に沿って個別の対策を取り、事故により二次的障害を看護師自らが原因を作らないよう細心の注意を払った。

#### ＜回復遅延をおこさないためのせん妄予防＞

認知症高齢患者のせん妄の繰り返しは治療にも少なからず影響を与え、結果的に回復スピードを遅延させる可能性があることを看護師は認知していた。そのため、看護師は再度せん妄をおこさないようにケアを遂行した。看護師は認知症高齢患者とのコミュニケーションを通して、患者の表情や気分、およびせん妄をひきおこす要因のアセスメント、専門職としてのせん妄の知識、そして看護師としての確固たる使命感をもって認知症高齢患者と関わっていた。



《回復遅延をおこさないためのせん妄予防》には  
＜せん妄の前駆徴候の特徴＞＜せん妄のリスク要因＞  
＜看護師の主観的せん妄観＞＜せん妄予防の対応策＞  
＜せん妄予防のための専門職域の経験と知識の活用＞  
＜看護師としての使命感・役割＞の6つのサブカテゴリーで構成されていた。本カテゴリーの要素は認知症高齢患者の【自分らしさの復活】であった。治療とケアにて認知症患者に退院の希望を知覚させることは在宅での日常生活を取り戻せることであり、そのことが生きる目的に繋がることであった。

#### ＜せん妄の前駆徴候の特徴＞

看護師として長年認知症高齢患者との関わりを通して培った観察力によりせん妄を引き起こす前駆徴候には大きく2つの特徴があった。それらは落ち着きがないことと不安であった。C氏の指摘する徴候は以下の通りであった。

- ・この患者さんはせん妄を起こしそうだなあって予測できる時は、いつもよりそわそわと落ち着きがないことなんです、特にベッドにじっと寝ておれなかったり、車椅子にいても直ぐに立ち上がったりしまったりする時なんです、そんな時はステーションに連れて行ったり、患者さんの話をいつもよりよく聴いたりして落ち着かせるようにしますね

J氏（5年のキャリア）の指摘する徴候は以下の通りであった。

- ・せん妄をおこしそうな時は、コミュニケーションが全く噛み合いませんし、看護師の言葉にも集中しません。それと不安感も強く周りをきょろきょろ見て落ち着かないです
- ・ベッドから転落しそうになったので抑制帯をつけたら、急にブツブツと独語らしきものを言って、幻視・幻覚が表れ大声で喚きましたね。抑制されたことでもっと不安感が出たのだと思いますね

せん妄の前駆症状を知ること、看護師は予めせん妄の予測が可能となるため、せん妄への準備や予防対策が可能となることが明らかになった。

#### ＜せん妄のリスク要因＞

ケアを通して認知した看護師のせん妄のリスク要因には大きく5つに分類できた。これらは薬物、環境、身体的、ストレス、そして複合的要因であった。

### 1. 薬物要因

薬物要因は、主として鎮痛薬、麻酔薬、そして化学療法開始時に焦点化された。C氏やI氏は薬物要因について以下のように述べた。

- ・せん妄をおこす時はうちの病棟ですと痛み止めの麻薬を使ったりとかですかね（C氏）
- ・化学療法開始時ですね。入院して直ぐ治療は始まるのですが、その夜間にもう出る方がいますね。だから入院後患者さんの言動を注意して見てますねえ（C氏）
- ・抜管した時の方がせん妄を起こされる患者さんがいらっしますね。挿管中は薬物の影響でぼーっとしてよくわからないと思いますが、抜管して、薬が切れてくると今までの流れがよくわからなくて、急に現実に戻されるので混乱するのでしょうかねえ（I氏）

薬物が直接的に認知症高齢患者の脳機能に影響を与えていることとせん妄と中枢神経薬剤との関連性について看護師には認知していた。

### 2. 環境的要因

せん妄のリスク要因の一つである環境的要因には、入院、手術後のICU入室、病室の部屋替え、そして長期臥床等があった。これらの要因に関してC氏、H氏、K氏（5年のキャリア、整形外科病棟勤務）は以下のように述べた。

- ・せん妄を起こす時は、部屋が替わったりとかの環境の変化が大きなりリスク要因になりますね（C氏）
- ・ペースメーカー装着の手術当日の夜とか入院したその夜とか環境が大きなり要因になりますね（H氏）
- ・整形外科病棟では術前・術後を通して、治療上仕方ないことなんですけど比較的長期臥床を強いることがありまじょう。そんな時直達牽引中でもベッド上に立っていたなんてこともあり、そんな時はそのまま即手術になります。その患者さんは術後もせん妄を起こしました（K氏）

せん妄と環境との関連性について、認知症高齢患者がもつ見当識障害に加え環境の変化が誘発されたと考えられた。

### 3. 身体的要因

認知症高齢患者自身ももつせん妄の発症リスクであり、本研究では加齢と脱水があった。A氏、K氏は身体的要因について以下のように述べた。

- ・加齢がそもそも病気をつくり、目の前にあるありとあらゆる身体の変化に対応できなくなるためでしょう（A氏）
- ・化学療法やなんかで食事ができなかったり、水分を十分にとらない、またはとれなかったりで脱水でせん妄をひき起こすことがありますね（K氏）

加齢による代謝機能や排泄機能低下と関連し循環血液量低下による脳への低酸素血症、および脱水も同じように体内の循環血液量低下による脳への低酸素血症をひき起こしせん妄を誘発すると考えられた。

#### 4. ストレス要因

ストレス要因は、主として環境的要因や心理的側面を内包し、看護師自体が患者のもつストレスを把握できていなかった。ストレス要因に関してA氏とB氏は以下のように述べた。

- ・せん妄がおきる大きな原因はストレスだと思いますが、はっきり言って何がストレスかよく分かりません。それだけのコミュニケーションができていませんので。夜間部屋の電気をつけていたことが刺激になったのか、部屋が替わったことなのかよくわかりませんでした（A氏）
- ・夜間に患者さんが寒いからっていわれて、看護師がその訴えに応えられなくてせん妄をおこしました（B氏）

この問題は認知症高齢患者—看護師間のコミュニケーション障害と信頼関係の欠如が影響していると考えられた。

#### 5. 複合的要因

上述の1～3の単体でせん妄を引き起こすというより重複的要因によってせん妄をひき起こすことの方が臨床においては一般的であった。A氏とJ氏は複合的要因について以下のように述べた。

- ・せん妄の原因は一つだけということではなく、いくつものことが重なり合って起こるのではないかと思いますし、患者さんお一人お一人違いますので難しいですねえ（A氏）
- ・せん妄を繰り返す人って、2～3日で安定するかと思うとまたその後に起きたりを繰り返しますよね。その原因って色々あって一つって言えないですよ（J氏）

せん妄の要因は極めて個別的であり個人によって相違があり、かつ繰り返し発症することへの危惧感を看護師はもっていた。

#### <看護師の主観的せん妄観>

認知症高齢患者に対する看護師の主観は、今まで培った看護経験を基に基礎的知識によるステレオタイプな考えでなく、個別的でパターン化しないものであった。せん妄を起こしやすい人について問うと、A氏、B氏、そしてC氏は以下のように述べた。

- ・私は男女差はないと思いますねえ。せん妄を起こしやすい人って、依存心の強い人に多いように思いますけど（A氏）
- ・せん妄を起こしやすい人は、家族関係がよくなって、余り面会に来てくれない人とか、老人施設に入っている人とか女性より男性に多いような気がしますね（B氏）
- ・男性の患者さんに多いような気がしますね。それと在宅の高齢者の方に多いように思います（C氏）

看護師の主観は、対応した認知症高齢患者によって相違があり、看護師の偏見も入っている可能性もあった。一般的に不確かさが特徴であった。また、せん妄の鑑別においても看護師の認知の閾値が広く、せん妄の症状である興奮、意識混濁、気分変動、多動、会話の理解困難等に焦点化されており、引きこもり等の非興奮症状については比較的理解していなかった。このようなせん妄の症状についてA氏は以下のように述べた。

- ・うちの病棟（血液病棟）の患者さんはそんなに激しいせん妄を起こすことはありませんけど、あっても軽いもので一日位で収まりますし、繰り返しもないですね。でも時々いつもと違ってぶつぶつと何かを言っていたり、いつもよりイライラしているなあってことはありますけど、ものすごく興奮したりもしませんのでそのまま放置しました。今振り返って考えますとあれってせん妄だったんだあってということもあって、どこからせん妄かよくわかりませんねえ

#### <せん妄予防への対応策>

認知症高齢患者による繰り返されるせん妄やせん妄の再発において、看護師はそのせん妄を阻止し、そして正常な日常生活への復活に向けて個々の認知症高齢患者の問題点を整理し、そのせん妄のリスク要因を把

握し、それをケアに生かそうとした。対応策には睡眠パターンの正常化、現実感を与える、環境の整備、そして家族サポートがあった。

#### 1. 睡眠パターンの正常化

昼夜逆転の生活を正常化させるため看護師の日中のケアの重要性を再確認し、認知症高齢患者に合った生活リズムを考えていた。その結果、日中覚醒を促し、脳への刺激を与えるため適度の運動や夜間睡眠できる環境にするため医療処置を日中で終わらせるように配慮した。B氏、C氏は以下のように述べた。

- ・夜間は看護師の数も少ないし、せん妄を起こした患者さんだけを看てもおれませんね。やはり日中のケアがいかに大切かを痛感させられますね。日中はできるだけ寝かせず刺激を与えて、散歩とか足浴とか日中活動させて夜眠るパターン、つまり生活リズムの正常化ですね、それを身につければ夜間せん妄なんかおこさないと思いますよ（B氏）
- ・せん妄は夜間起きるので点滴なんかは日中のみで終わらせるようにして、夜間は何もしない状態にしますね（C氏）

#### 2. 現実感を与える

認知症高齢患者は疾病の特徴において、見当識障害を早期から発症するため、せん妄の対応いかに関わらず重要なケアであった。特に治療上動けない状況や外部の刺激が少ない環境下において、せん妄の予防ケアは、一日のメリハリをつけるための生活リズムの考慮や見当識に特化した意図的に働きかけを行っていた。その点についてA氏、D氏は以下のように述べた。

- ・ケアとしては現実感を常に与えるようにしています。今何時とか朝ですよとかで声かけし、一日のメリハリをつけてわかるようにしています（B氏）
- ・環境としては夜間眠れるように消灯したりとか、日中はラジオを聴いてもらって、今日は何月何日であるとか好きな音楽を聴くとかしてもらっています（D氏）

治療上活動規制を余儀なくされてる認知症高齢患者は、ラジオからの情報刺激は時間感覚を維持させるのに役立つツールとして活用されていた。この時間感覚が日常の生活リズムを正常化させたり、かつ脳刺激の活性化にも役立たせていた。

#### 3. 環境の整備

今いる環境を替えないことや部屋の配置においても廊下側より窓側（現実感を受け入れやすい）や看護ステーションになるべく近い場所等を鑑み、それを実践した。A氏やH氏はその点について以下のように述べた。

- ・いつも同じ環境で治療することが大切なんです（A氏）
- ・せん妄になった人やなるかもしれない患者さんは看護ステーションの近くに病室を配置し、目が行き届くようにしないとイケないです（H氏）

できる限り環境調整を行いながら、看護師とのコミュニケーションを多くもつことは認知症高齢患者の気分や情緒的安定を導くためよい予防対応であった。

#### 4. 家族サポート

看護師は認知症高齢者の気分や情緒安定には家族のサポートは必要不可欠であることを誰もが認知しており、家族の面会を強く要望していた。A氏、I氏、J氏はその点について以下のように述べた。

- ・もともと患者さんと関係がよい家族は問題ないのですが、そうでないかどうか分かりませんが、患者さんを入院させてしまうと安心されるのか、なかなか面会に来てくれないご家族も多いですね。今では半々位でしょうかねえ。せめてお顔くらい見せに来てくれると有難いですね（A氏）
- ・認知症患者さんのご家族って、あんまり面会に来られないのですが、家族が来れば患者さんも落ち着きますのでもっと来てほしいですね（I氏）
- ・家族が来られても格段嬉しそうな表情はしませんが、家族が帰られるとソワソワしたりしますね。それと家族が話しかけられると静かに聞いていますかね。やはりいい刺激になっていると思いますよ。患者さんがICUに入っている間はご家族はよく面会に来られるのですが、ICUを出ると結構遠のくご家族もおられますね（J氏）

看護師は家族と家族関係に注目し、認知症高齢患者の家族の中での位置づけや役割の変化、そして立場の低下が家族の関心と関連していることに気づいていた。加えて、家族の関心が病状の重篤な程度と関連していることにも注目していた。

#### <せん妄予防のための専門職域の経験と知識の活用>

専門職としての看護の経験がせん妄予防という症状

への対応において、知識がどのように生かされているかということであった。せん妄予防という視点においての看護師の経験と知識の統合において、せん妄の前駆症状の異常の早期発見、薬剤の使用、そして患者ニーズの理解があった。

### 1. 前駆症状の異常の早期発見

＜せん妄のリスク要因＞と関連しているが、普段とは違う徴候の違いを看護経験、特に観察において異常を早期発見し、それを早期にケアに繋げようとするものであった。A氏は化学療法の開始時や術後のように大きな治療の施行後に脳器質に影響を与えることを予測し、認知症高齢患者の言動に注意し観察を行った。A氏はその事について以下のように述べた。

- ・認知症のある患者さんの治療（化学療法）が始まるとそれだけでも認知機能の低下というリスクを考えて治療当日から異常の言動がないかや気分の変化に気をつけないといけないのですが、その時に患者さんが急に同じことを繰り返し話されたり、検査なんてないのに検査があるので食事はしないとか予想外の言動が表れたら要注意ですね

一方、G氏は異常に気づいた時は声かけをした。

- ・せん妄には前駆症状があって、いつもよりソワソワと落ち着かなかったり、目つきなんかも違いますので、その時に声かけしたりすると結構落ち着くこともありますね。問題はタイミングなんですよ。声かけしたことで返って興奮させてしまうことだってありますので

また、D氏はせん妄を予測したが、ケアにおいて失敗することの方が多かった。しかし、失敗を恐れず繰り返し行うことが予防に繋がると述べた。

- ・せん妄を繰り返す患者さんの原因って本当よく分からないことが多いですよ。だって、その人の原因っていつも同じじゃないし、その日によっても違いますからね。でもとりあえず考えられるケアをやってみるとヒットすることもあるんですよ。それがひょっとしてせん妄予防にも繋がったりしますよ。でも当たらないことの方が多いですけどね。でも繰り返すことが大切ですし、その中からきつと予防に繋がるケアを見つけれられるかもしれませんから

せん妄をおこす一歩前で誘発因子を除去できれば最

適なケアとなるが、その因子の特定要因の発見には困難を極めるがケアの継続を根気強く行うことが重要であった。

### 2. 薬剤の使用

せん妄予防のために夜間睡眠薬の投与が一般的に行われていた。また人工呼吸器の装着中時は会話不可によるストレス緩和のための麻酔薬や催眠薬、あるいは精神安定薬を使用して意識レベルを低下させていた。F氏やB氏は薬剤使用に関して以下のように述べた。

- ・人工呼吸器をつけていらっしゃる患者さんには少し意識レベルを落とすために薬剤を用いていますが苦痛緩和のためにはいいんじゃないかと思いますよ（F氏）
- ・不安感の強くて、せん妄をおこしやすい患者さんには精神安定剤か睡眠薬で寝ていただくことはいいと思いますよ（B氏）

但し、F氏は睡眠薬の内服時間や回数を注意深くコントロールしないと睡眠パターンを逆転させ、返ってせん妄を引き起こす要因になることを指摘した。

認知症高齢患者の薬物投与は加齢による薬物代謝や排泄時間の延長による薬効等を十分に配慮しながら薬物コントロールする必要性があることを看護師は十分周知していた。

### 3. 患者のニーズの理解

せん妄予防には患者の個別性が高い。よって、言葉の傾聴や認知症高齢患者の背景を知ることが、認知症高齢患者の人生を知り、その人のもつ価値や信念を理解できる。せん妄予防における患者のニーズの理解についてA氏やD氏は以下のように述べた。

- ・患者さんのニーズを理解することは、せん妄予防に繋がりますよね（A氏）
- ・患者さんの言っていることをよく聴いたり、家族から情報を得てそれをヒントにしたりすることが大切ですよ（D氏）

患者のニーズの理解は、せん妄の誘発因子や要因の究明に役立つものである。それができれば、直接的なケアに繋がっていくと考えられる。

### ＜看護師としての使命感・役割＞

看護師に課せられた仕事の任務や役割は、入院患者を受け入れ、早期の健康回復を図ることである。それ

がせん妄をおこす認知症高齢患者であっても同じことである。看護師は早期の健康回復を目指してケアを遂行する。それが看護師の仕事への責任感でもある。高齢患者の健康回復は、健康障害の根治的治癒を意味するものではなく、現在の急性期的重篤な症状からの改善であり、高齢者の QOL（生活の質）に向けてできるだけ早期に在宅や施設への帰還を図ることであった。そのことは高齢患者の「生きる」ことに主眼をおいたその人らしい生活の復活である。認知症高齢患者も同じであった。看護師は認知症高齢患者の健康回復の目的が達成できれば責任を果たすことであり、かつ仕事への（やりがい）を意識し、それが達成できなければ後悔という意識に変わった。また治療を最優先するばかりに、その回復へのプロセスにおいて身体拘束を強要しなければいけない場合もあった。一方、看護師の身体拘束に対する意識は希薄化し、余りに日常的に行われることで「慣れ」が顕在化していたが、看護師は治療のため、事故防止のための必然的ツールという意識であった。

E 氏や H 氏看護師の仕事について以下のように述べた。

- ・いろんなことをして、いろいろ考えて何かヒントが見つかった時は本当にうれしいし、そのケアで患者さんが快方に向かってと苦しかったことを思い出してこれからの仕事の励みにもなりますからね（E 氏）
- ・最初は不穏状態であってもその後よくなっていくと本当にうれしいですね。普通に回復された患者さんより喜びもひとしおですよ（H 氏）

一方、H 氏は回復できなかった時の看護師の心境について以下のように述べた。

- ・その反対に、一杯治療して、辛い目にも会ってそれでも最後死んでしまわれる患者さんを看取る時は、もっと楽しませてあげたかって思いますね

以上のように、せん妄予防ケアにおいても失敗を繰り返しながらもその中で最適な方法を見つけようと努力した。その結果せん妄予防や回復に導くことができれば大きな成果としての喜びに変わったが、その間は常に試行錯誤していた。

## V. 考察

重病にて急性期治療を余儀なくされている認知症高齢患者にとって、現状把握困難と治療ストレスから誘発される一過性の意識混濁を伴うせん妄を容易にひきおこしていた。このようなせん妄は、回復遅延や帰宅困難を助長する。このような認知症高齢患者のせん妄をケアする病院看護師の意識において、《一方通行のコミュニケーション》《患者の安全ニーズの充足》《回復遅延をおこさないためのせん妄予防》という 3 つのカテゴリーを発見した。および、病院看護師の意識の中で、看護師－患者間のコミュニケーション形成プロセスと看護師の受容プロセスを抽出した。加えて、これらの病院看護師のせん妄ケアについて検討する。

### 1. 病院看護師のコミュニケーション形成プロセス

病院看護師のケア対象としての認知症高齢患者は、認知機能のレベルの差により軽度認知機能障害（MCI）から重度の認知症高齢者まで広範囲に及ぶ。したがって、認知症高齢患者といっても一括りにはできないことは明らかである。軽度認知機能障害者（MCI）は日常生活のほとんどは自立でき、コミュニケーションも物忘れはあるもののほとんど生活に影響ない（佐々木秀忠, 2013）ため、インタビューの際に前もって対象者の看護師には軽度認知障害（MCI）は外して考えてもらうように依頼した。基本的には概ね中程度以上の認知障害をもつ認知症高齢患者（日常生活の相当を依存し、行動や意思疎通困難等の認知機能障害を有する；秋山, 2013）を相当として考えていた。この認知症の概念は認知症看護を学んだ看護師なら一般化されていると考えた。よって、特定の認知テストを要求せず、各看護師の想定する中程度以上の認知症高齢患者を対象として考えてもらった。本研究の対象者の平均年齢が約 33 歳であったため全員老年看護学を履修していた。

人とのコミュニケーションにおいて話す、聞くは重要な要素であり、送り手と受け手との間のメッセージの往来において感覚機能の状態やメッセージを理解する知能・判断などの認知機能がコミュニケーションに影響する（太田, 2012）。よって、コミュニケーションの影響要因の筆頭に認知機能が挙げられ、その他の因子には、生物学的、心理的、社会的、環境的要因のいずれかも内包している。その中で、特に環境的要因

においては ICU や急性期病室は医療関係者とのコミュニケーションにも制限を与え、かつ人間関係との関連性にも影響を与えている（川島，2010）。よって、コミュニケーションにおいて認知機能以外にも上述の因子を内包していることが明らかなように本研究における病院看護師－認知症高齢者間でのコミュニケーションにおいても高齢患者の認知機能ばかりでなく他の因子との関連性が強く影響しあっていた。そのことにより重病下であればより鮮明に看護師－患者間におけるは相互理解という共感は少なく、同時に不確かさを強く知覚していた。よって、看護師主導の一方的な言語的コミュニケーションには少なからず限界があり、かつ非言語的コミュニケーションにおいても理解するにはかなりの時間が必要であると知覚した。認知症高齢患者が示すジェスチャー、サイン、または何かのシグナルのような cues（手がかり）の意味を理解するには多くの失敗を繰り返し、その意味を理解しなければいけなかった。しかし、病院看護師にはコミュニケーションを通してそのような多くの意味を解釈できるような時間もなかったし、認知症患者故のその日の気分の変動に応じて一定のサインの表示ではなく日替わりで変わる難しさもあった。しかし、多くの失敗から患者の少しのサインを理解した時、看護師－患者間の空間でほんのわずかな共感を共有することができた。一方で、認知症高齢患者が看護師に何を言っても、どのように表現しても理解してもらえないというあきらめがあると看護師は感じていた。このような看護師の知覚は、看護師自身の認知症高齢患者に対する率直な知覚でもあったと考えられた。そのように看護師と認知症高齢患者との間で共感の乖離は存在し、コミュニケーションを通して相互理解することの難しさを露呈していた。しかし、今回の調査では患者側からの聞き取りはできていないので看護師の知覚が本当かどうかは明らかではなかった。今後の研究課題とする。

病院看護師の認知症高齢患者とのコミュニケーション形成プロセスの第一相は、すぐ眼前の問題に対処する前に、先ずあいさつとアイコンタクト、そして手を握るとか肩に手を置くなどして「さあ、今から貴方に関わる〇〇です。よろしく」という状況作りをして、患者との共有の時間をもつ段階から始まった。その状況において確かに看護師－患者間で同じ空間を共有し、

看護師が患者に今から関わる確認が行われた。Happ（2011）らの報告によれば、ICU において人工呼吸器使用時に看護師－患者間のコミュニケーションは看護師から始め、最も頻繁にアイコンタクトにてコミュニケーションがとられていた。本研究でも看護師からコミュニケーションが始められ、その時アイコンタクトをとりながらあいさつをしてこれからコミュニケーションの開始を認知症高齢患者に示唆していた。同時に認知症高齢患者の〈気分の確認〉を判断した。第二・三相では、cues（手がかり）の意味の探求においては、看護師－患者間の 1 対 1 の関係の中で看護師の患者への関心や観察力が要求された。看護師の経験や知識に基づいて看護師のやさしい言葉で話しかけたり傾聴しながら患者が何を表したいのか少ない表現の中で探求しなければいけなかった。この行為は看護師自身の経験から得られた感受性も cues（手がかり）の意味を考えるには重要であり、その感受性が新たな cues（手がかり）の発見に繋がった。それができた時、看護師と患者間でメッセージの理解としての〈一致点〉に繋がって、信頼関係の構築にもなった。Happ らの報告でも看護師と人工呼吸器装着患者間で言語的・非言語的コミュニケーションのほとんどで成就していなかった。よって、筆記道具やボードを用いてコミュニケーションを図っていたと報告している。その患者に合ったコミュニケーションツールをみつけて、ツールを介してコミュニケーションをとることの重要性を指摘した。本研究の看護師もその知識は熟知していたが、認知障害のない高齢患者には適応できたが、認知症高齢患者であり、かつ重病下であるためその方法では伝わることは少なかった。また、看護師の多くが認知症高齢患者とのコミュニケーションにおいて、「同じことを何度も言う」や「辻褄が合わない」と述べていたが、これは認知症高齢者の記憶低下に伴う受送信および情報処理能力の低下が影響していると中島（2011）は解説した。本研究の看護師もその理由については十分理解していたため何度も同じことを根気強く説明したり、ケアの〈繰り返し〉が行われた。反面、看護師が認知症高齢患者の「何が言いたいのか」を理解できなかったことから認知症高齢患者の看護師とのコミュニケーションへの意欲を低下させていた。第四相において、認知症高齢患者の言葉や表現が理解困難の【評価】において、

認知症高齢患者の表現において理解困難があれば、チームで問題解決しようとする姿勢が看護師間でみられた。この姿勢は患者との信頼関係を構築する上において、患者への負担軽減において、かつ看護師の任務遂行への責任において行われていた。また、コミュニケーションでの相互間のメッセージの不確かな部分を総合的な視点で解釈でき、患者の表現するメッセージを不確かさを明確さに変え、〈看護の理解〉に繋げていた。

## 2. 病院看護師の受容プロセス

病院看護師の認知症高齢患者の受容プロセスは、認知症高齢患者のせん妄との出会いにおいて（（戸惑い））、せん妄を呈しても治療優先がケアの到達目的という状況下で、認知症高齢患者のせん妄の発症リスク（加齢、脱水などの身体的、環境、そして薬物等）の認識の誤りや患者の示すサインの読み違いにより繰り返されるせん妄発症によって（（空しさ））を覚え、その後治療を最優先に事故防止という責任において身体拘束や薬物投与等の対処に関して（（職務感））、最後に認知症高齢患者の治療終了と回復による成果に対して（（やりがい））という看護師の受容プロセスがあった。（（職務感））と（（やりがい））の関係において、（（職務感））を通して、治療優先のケアに対して回復すれば（（やりがい））に向かい、死亡やケアの失敗を繰り返すと（（空しさ））に向かった。その間のプロセスにおいて倫理的ジレンマを踏まえた〔折り合いをつける〕、生きる目的を与える〔自分らしさの復活〕の要素を内包する病院看護師の試行錯誤がみられた。

第一の（（戸惑い））は、看護師はメッセージの送り手であり受け手であるが、そのどちらにおいても患者の理解困難であったことがせん妄という症状を見て愕然と立ちつくす感情状態を指した。（（空しさ））は、患者のメッセージをうまく受け止められず、反対に患者へうまく伝えられないコミュニケーション障害に対する情緒的反応であるが、そのコミュニケーションが空振りに終わることへの徒労感を内包していた。第三の（（職務感））は安全第一をケアの信念として、事故リスクを回避させるためには身体拘束や薬物使用は仕方がないという意識であった。加えて、多くの看護師でこのような身体拘束をすることに「慣れ」がみられた。しかし、治療優先のための一方策であった。J氏は、

抑制帯について「患者さんからとって！！とって！！と言われますと気の毒に思いますけどねえ。そのグローブをとって点滴を抜かれたらその方が大変でしょう。早期に回復すれば抑制帯も取れますので。早く取れるようにそっちの方でがんばります」と述べているように身体拘束へのジレンマを抱えながらも、ジレンマより強く治療の継続が重要と認識していた。そうすることが認知症高齢患者にとってコミュニケーション障害の回避や治療環境や身体拘束に伴う心理的苦痛からの解放のための最良で有効な手段との信念で遂行した。同時に、高齢者ケアにおける骨子である人としての尊厳や人権および自己決定の尊重というケア姿勢は看護師としての看護倫理に基づかなければいけない部分でありジレンマでもあった。よって、早期回復こそが認知症高齢患者の価値観に沿った生き方や日常生活を取り戻すことを目指したのであった。それが〔自分らしさの復活〕であった。結果として、〔自分らしさの復活〕〔折り合いをつける〕ことでケアの負の側面であるせん妄やコミュニケーション障害も看護師の仕事への（（やりがい））となり看護師のQOL向上に繋がっていた。一方、ケアの甲斐なく死という現実と直面すれば後悔となっていたが、それでも次の仕事へのステップでもあった。Travelbee, J (2013) は、看護とはその苦難の体験の中に意味を見出すものであると指摘しているように、仕事へのやりがいや励みはまさにその産物であり、その経験が看護師の自己成長に繋がるものであり次のケアへにフィードバックしていた。反面、Travelbee (2013) は、経験を正すと「慣れ」が出てくる。「慣れ」は、職務を遂行すべき相手である患者を無視し、人間をみず病気のみを知覚する。全ての患者をベルトコンベアー式看護により人間に焦点を合わせず仕事に照準する。よって、病める人間への活動に知覚できずと忠告している。看護の「慣れ」は表裏一体の意味をもっているため、患者の苦痛を理解すべく経験を糧として切磋琢磨することが看護であり、看護師は常にそのことを意識して患者と関わらなければいけないことも改めて立証することになった。

病院看護師の認知症高齢者の受容プロセスを通して、病院看護師のせん妄ケアに関する意識と要素間関係においては、上述の説明を図式化した。

中程度の認知症高齢患者に対するケアと重病の状況

下における中程度の認知症高齢患者に対しての明確な相違は、認知症高齢患者のサインや反応の低下のみならず、重症症状に起因する集中力の低下や意識レベルに伴う看護師の理解困難の程度であった。認知症患者の状況判断や痛い・苦しいという知覚レベルの低下、およびニーズ表現の低下がおきた。よって、直接的に看護師への反応や表現が弱く、看護師に伝わりにくかった。このような状況下において、看護師のせん妄をもつ認知症高齢患者へのケアの意識は、患者の少ない反応を通して、一生懸命ケアをしようとするほど患者にケアの意思が伝わらない・分からない空しさを感じた。一方、認知症高齢患者のニーズを理解しようと患者の示すサインや cues（手がかり）を探索してニーズに発見ができれば仕事へのやりがいとなった。反面、失敗や死亡という最悪の出来事を体験してもその体験が次のケアへのステップとなっていた。ケアにおいてはアイコンタクト・言語的・非言語的コミュニケーションを駆使し、その中で患者理解に努めた。そこにはコミュニケーション形成プロセスに沿った要素である〔気分の確認〕〔繰り返し〕〔一致点をみつける〕〔看護の理解〕があった。ケアの中心は治療の最優先であるため身体拘束や薬剤使用については倫理的ジレンマを抱えながらも【折り合いをつける】や【自分らしさの回復】を目指してケアを遂行した（図2）。

### 3. 認知症高齢患者のせん妄予防に対する病院看護師の意識

せん妄予防において、せん妄要因とケアリングとの関連性について検討した。Bales（2009）らは入院中にせん妄を引き起こした高齢患者は、退院後在宅に戻るより施設への転院する傾向が強く、かつ繰り返し引き起こすことを明らかにした。また、せん妄は一過性ではなく長期に渡って遷延化することがあり、そのため入院期間の長期化に繋がるリスクもある（Ely, W. E, 2001）。このような報告から入院中より認知症高齢患者がせん妄をひきおこさないようなケアが求められ、せん妄のもつ潜在的リスクを看護師はもっと強く意識してケアする必要性があることを感じた。そのことが入院中ではもとより認知症高齢者の退院後の生活をより豊かに、自分らしい生活を取り戻せるように寄与する重要なケアでなければいけなかった。しかし、重病下

の認知症高齢患者のせん妄予防に対してどのようなケアが最適かは看護師にとって難問であった。なぜならせん妄の要因はその時々で異なり、単数ではなく、それらが複雑に絡み合いながらおきることを看護師は周知していた。またそのおき方も一定ではなかった。Marik, E. P（2006）の報告においても、せん妄をひきおこす高齢患者は加齢や認知症という関連のみならず、環境、家族関係、人間関係、そして薬物等の多くの要因があり、そのような要因のコントロールでせん妄を予防できたり、反対に助長させたりすると指摘する。本研究においても看護師のインタビューから Marik, E. P の報告と類似の結果を得た。一方、本研究の看護師のせん妄について、多くの場合失見当識や興奮症状を伴い、夜間におこるのがせん妄であるという認識をもっていた。反面、非興奮性でうつ要素が内包され、知覚異常症状等のせん妄に対する意識が希薄であった。非興奮性の症状に関して、看護師は振り返って考えるとせん妄だったという過去形で語り、入院中は単なる認知症（うつ状態、反応が鈍い、辻褄の合わない会話等）の症状として捉えていた。せん妄患者のケアにおいては、せん妄をおこす前の前駆症状を正確に把握しており、そのためのタイミングのよい声かけで気分を安定させることに成功した場合と、声かけのタイミングがずれると返って興奮症状を引き起こすリスクがあることも経験を通して周知していた。

環境要因の一つである睡眠パターンは、昼夜逆転させないように日中覚醒させるために散歩や足浴、時間感覚の維持のためにラジオを用いてとにかく生活リズムの調整に専念した。一方で、睡眠薬の与薬時間や回数を誤ることで昼夜逆転という生活リズムを崩しかねないリスクがあった。それは加齢による心肺機能や排泄機能の低下が導く薬効の影響を考え慎重に与薬すべきことであり、看護師は十分周知していた。また他の薬物療法では、ICU において人工呼吸器装着中の認知症高齢患者は会話できないことや体動制限の苦痛から取って意識レベルを軽度低下させて苦痛緩和を図っていた。薬剤は麻薬、麻酔薬、あるいは精神安定薬等を用いるが、加齢を考慮し成人より減量とした（Bjoro, 2008）。薬物使用は身体拘束と相違し倫理上認められるものであった。なぜなら同じ治療目的といっても苦痛緩和や生命に関わるという意味において相違点があ



ったに他ならなかった。Pisani (2009) の報告から重病下の高齢患者の ICU 入室の判断において一般病棟に入室させるより ICU に入室させることで高齢者の虚弱性や諸機能の状態を配慮し、そこから ICU 入室のメリット (患者の QOL, 急性症状, そして回復) を考えなければいけない。年齢は身体的年齢と必ずしも関連しないといわれるが、高齢者の ICU 入室はメリットのみならず入室させることで他の要素の一つであるせん妄によって回復を遅延させることもあるのでその選択は慎重でなければならないとそのリスクも指摘している。このようにせん妄予防において環境の調整は重要であるが、急性期治療下での環境は認知症高齢者に緊張を与えるばかりでなく、会話困難、体動制限、そして身体拘束のような精神的なデイストレスを強いられる。このような環境下において看護師との信頼関係はせん妄予防に不可欠であるが、コミュニケーションに限界があった。よって、看護師は家族の面会を切望した。どんなにせん妄状態であって意識も混濁していても家

族の力は絶大であり、認知症高齢患者の気分を落ち着かせることができたからであった。家族は認知症高齢者にとって精神的安住の場である。しかし、近年家族構造の変化により家族関係は希薄化している傾向にある。家族は認知症高齢患者が症状の重篤な状況においては頻繁に面会に来るが、症状が安定し、回復期に入ると放置する傾向があり、家族の認知症高齢患者に関心を持ち続けてもらう特効薬はなかった。Lidell (2002) は、家族の介護負担は認知症患者の気分変化への対応、複数の合併症、ADL の介護、および将来への不安等であるが、このような介護負担の要因にて多くの家族はデイストレスに陥ると指摘している。よって、看護師は認知症高齢患者と同様に家族サポートをケアの中に求められている。加えて、回復後に在宅療養となる場合も認知症高齢患者が自分らしくいられるためにも退院時指導 (Davies et al, 2005) を家族の介護状況に合わせて行い、在宅が最後まで最適な場所であるように教育することが必要である。

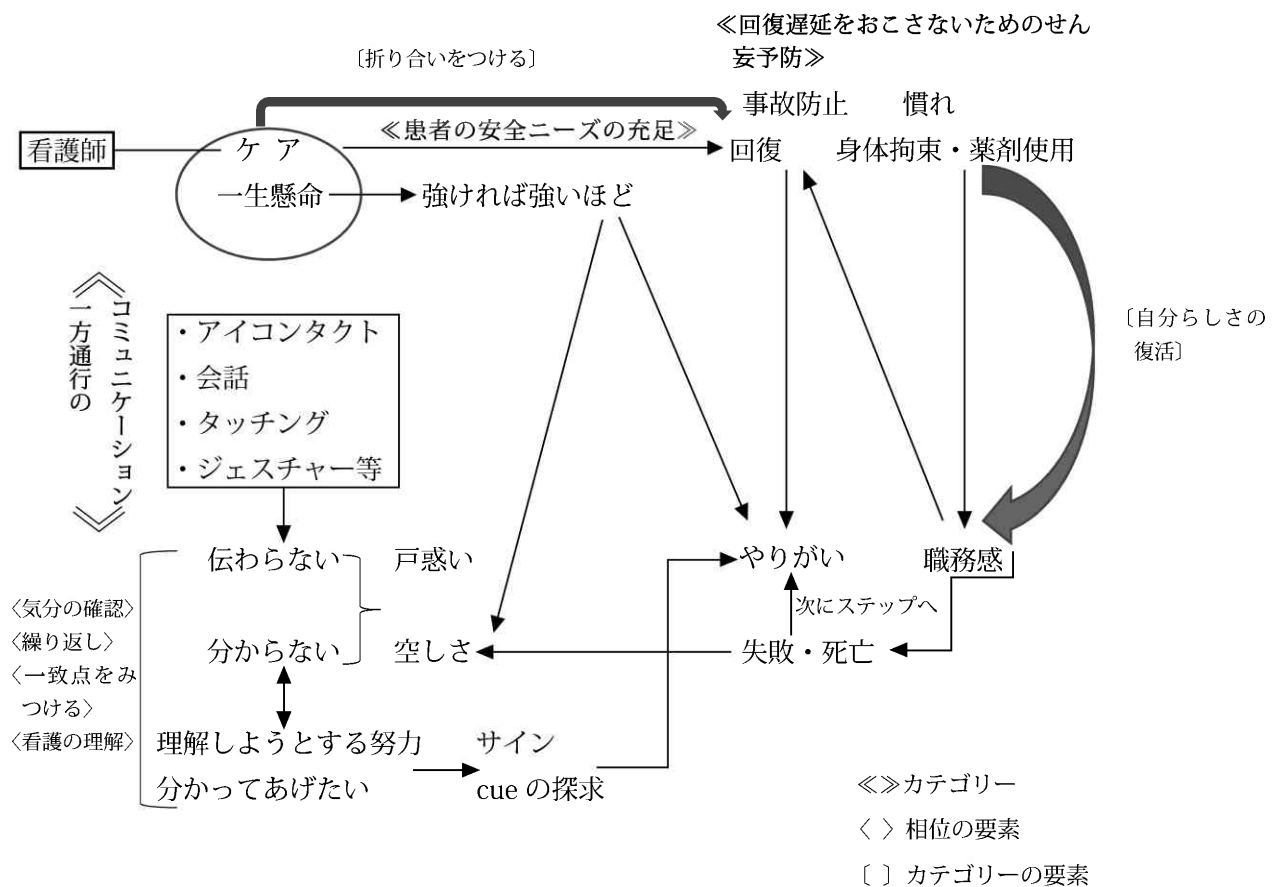


図2 せん妄ケアに関する病院看護師の意識と要素間との関係

## VI. まとめ

急性期治療中の緊迫した環境下において、認知症高齢患者のせん妄に対しての病院看護師のケアへの意識は、看護師－認知症高齢患者間のコミュニケーション障害を共有しながら病氣回復に向けての懸命のケアが遂行された。そのような制限された環境下での病院看護師の意識を分析し、その結果は以下の通りであった。

1. 重病下の認知症高齢患者のせん妄に関する病院看護師に意識は、《一方通行のコミュニケーション》《患者の安全ニーズの充足》《回復遅延をおこさないためのせん妄予防》と 10 のサブカテゴリーを発見した。
2. 病院看護師の 3 つの意識は相互に関連していた。
3. 病院看護師のコミュニケーションプロセスは 4 つの位相【コミュニケーションをおこす前段階】【相互関係を通しての手探り】【患者のニーズに向けての実践】【評価】が形成し、各位相には〔気分の確認〕〔繰り返し〕〔一致点を見つける〕〔看護の理解〕の各要素があった。
4. 病院看護師の受容プロセスは、《一方通行のコミュニケーション》では、((戸惑い)), ケアの失敗を通しての((空しさ)), 《患者の安全ニーズの充足》では、治療優先の方針にて安全を優先させた。よって、ケアにおいても身体拘束も肯定し((職務感)), 《回復遅延をおこさないためのせん妄予防》では、治療のゴールである回復に達すると苦難を克服したことにより((やりがい))を感じ認知症高齢者を受容してせん妄リスク要因の認知等で再せん妄を起こさないよう早期回復へのケアを遂行した。
5. 病院看護師の認知症高齢患者へのせん妄ケアに関する意識と要素間の関係では、病院看護師のケアのゴールが認知症高齢患者の回復であり、そのための〔折り合いをつける〕や〔自分らしさの復活〕のためのケアであった。一方で、そのための試行錯誤において苦労した。また病院看護師－認知症高齢患者とのコミュニケーション形成プロセスにおいて患者理解において必要な段階があったが、失敗の繰り返しでもあった。そのような苦難に満ちたケアが回復に繋がった時、病院看護師の新たな仕事の((やりがい))へと QOL を向上させた。一方、看護師は、仕事への慣れにより患者を看ず病氣を見る傾向を戒め

ながら今後もケアをしなければいけないことも明らかになった。

6. 病院看護師のせん妄予防ケアへの意識において、せん妄要因は日々異なり、かつ複合的であるという意識であった。一方、興奮性のあるせん妄をせん妄と捉える看護師が多く、非興奮性のせん妄への意識は希薄であった。せん妄予防ケアにおいて家族介入の重要性は理解しているが、家族の認知症高齢患者への関心度の薄さが顕著であることから在宅療養に向けた適切な退院時指導が今後より求められる。

## 引用文献

- 1) <http://www.nikkei.com/article>, 日本経済新聞, 2013.6.1
- 2) 秋山正子, 小倉朗子, 乙坂佳代他; 在宅看護論, 25, 医学書院, 東京, 2013
- 3) Balas. C. Michele, Happ. B. Beth, Yang. Wei et al: Outcomes associated with delirium in older patients in surgical ICUs, Chest, vol.135 (1), 18-25, 2009
- 4) Ban Thomas; Chronic disease and depression in the geriatric population, Journal of Clinical Psychiatry, vol.45, 18-23, 1984
- 5) Bjoro Karen, and Herr Keela; Assessment of pain in the nonverbal or cognitively impaired older adult, Clinics in Geriatric Medicine, vol.24, 237-262, 2008
- 6) Cole.G.Martin, Ciampi Antonio, Belzile Eric, and Zhong Lihong; Persistent delirium in older hospital patients: a systematic review of frequency and prognosis, Age and Ageing, vol.38, 19-26, 2009
- 7) Davies Sue, and Nolan Mike; 'Making it better': Self-perceived roles of family caregivers of older people living in care homes: A qualitative study, International Nursing Studies, vol.43, 281-291, 2006
- 8) Ely. E, Gautam. S, Margolin. R et al: The impact of delirium in the intensive care unit on hospital length of stay
- 9) 今村仁美, 松本美枝子, 光本薫ら; 整形外科病棟の高齢患者における術後せん妄発症要因の検討, 神戸大学院保険紀要, vol.25, 2009
- 10) Lidell Evy; Family support - a burden to patient and caregiver, European Journal of Cardiovascular Nursing, vol.1, 149-152, 2002
- 11) Lin Feng, Vance. E. David, Gleason. E. Carely et al; Caring

- for older adults with mild cognitive impairment, *Journal of Gerontological Nursing*, vol.38 (12), 23-35, 2012
- 12) Marik. E. Paul; Management of the critically ill geriatric patient, *Critical Care Medicine*, vol.34(9), s176-181, 2006
- 13) Morioka Mizuho, Tanaka Makoto, Matsubayashi Kozo, and Kita Toru; Acceptance of memory impairment and satisfaction with life in patients with mild to moderate Alzheimer's disease, *Geriatric and Gerontology International*, vol.5, 122-126, 2005
- 14) 沖田充司, 宮出喜生, 岡野和雄; 高齢者(80歳以上)の全身麻酔下外科手術症例の検討, *日本臨床科学学会*, vol.69(1), 7-12, 2008
- 15) 太田喜久子; 老年看護学, 101, 医歯薬出版株式会社, 2012
- 16) Pisani. A. Margaret; Considerations in caring for the critically ill older patient, *Journal of Intensive Care Medicine*, vol.24 (2), 83-95, 2009
- 17) Tate. A. Judith, Sereika Susan, Divirgilio Dana et al; Symptom communication during critical illness, *Journal of Gerontological Nursing*, vol.39 (8), 29-38, 2013
- 18) Travelbee Joyce; 訳 長谷川浩, 藤枝知子; Interpersonal aspects of nursing; トラベルビー人間対人間の看護, 39, 47, 49, 65, 137, 159, 医学書院, 東京, 2013
- 19) 綿貫早美, 狩野太郎, 亀山絹代他; 高齢手術患者の術後せん妄発症率と発症状況の分析に関する研究, *群馬保健学紀要*, vol.23, 109-116, 2002